Onderzoeksagenda GGz

de juiste behandeling op het juiste moment

Onderzoeksagenda GGz
De juiste behandeling op het juiste moment

De onderzoeksagenda GGz (februari 2016) als onderdeel van de ‘Agenda GGz voor gepast gebruik en transparantie’ (november 2015) is opgesteld door:

Landelijk Platform GGz (LPGGz)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
GGZ Nederland
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
P3NL — Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen
V&VN — Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Inhoudsopgave

Samenvatting

Kennis opgedaan in eerder wetenschappelijk onderzoek, onder andere vanuit het programma Geestkracht, biedt het fundament voor twee belangrijke ontwikkelingen voor verbetering van kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz):

1. De ontwikkeling van strategieën voor vroegdetectie en interventie. Hierdoor kunnen recidive en chroniciteit (langdurige en dure zorgtrajecten) worden teruggedrongen. Het impliceert een *verschuiving van 'nazorg naar voorzorg'; proactief handelen*.

2. De ontwikkeling van *gepersonaliseerde GGz*.
De zorg wordt preciezer door nauwkeurig rekening te houden met de grote variatie in individuele kenmerken van patiënten, zoals biomarkers, sociomarkers, wensen en talenten van de patiënt. Deze gepersonaliseerde GGz maakt effectievere zorg mogelijk, die over- en onderbehandeling voorkomt en nauw aansluit bij de behoeften van de patiënt en zijn naasten.

Deze ontwikkelingen vormen de twee pijlers voor een doelmatige combinatie: een *persoonlijke en proactieve GGz* die recht doet aan de wensen van zorggebruikers en hun naasten, ernstige en langdurende problemen voorkomt en effectief bijdraagt aan herstel. De juiste behandeling voor de juiste patiënt op het juiste moment.

1. Inleiding

De afgelopen jaren heeft de psychische gezondheidszorg inclusief verslavingszorg (verder gedefinieerd als GGz) in veel opzichten een transformatie doorgemaakt. De structuur is aangepast, de rol van de huisartsen is versterkt, de generalistische basiszorg is afgezonderd van de specialistische zorg en de academische ziekenhuizen en TOPGGz-afdelingen vervullen hun tertiaire rol in patiëntenzorg, onderzoek en opleiding. In de zorg ligt het accent op ambulant werken, met een forse beddenreductie, waarbij het liefst zo dicht mogelijk in de dagelijkse levenssfeer van de betrokkenen gewerkt wordt. Op het terrein van de kinder- en jeugdpsychiatrie is de rol van de gemeenten centraler komen te staan. Helaas is dit ten koste gegaan van een hechte organisatorische samenhang met de voorzieningen voor volwassenen en is er een formele ‘knip’ tijdens een levensfase (rond 18 jaar) waarin juist veel ernstige psychische stoornissen (en verslaving) manifest worden.

Belangrijk is ook dat de patiënten en hun naasten een veel duidelijker positie hebben gekregen in de zorg. Ze worden betrokken bij het nemen van behandelbeslissingen, uitgenodigd meer regie te nemen in het zorgproces en er zijn programma’s waarin patiënten geleerd en ondersteund worden een deel van de zorg zelf voor hun rekening te nemen (zelfmanagement). Organisaties van patiënten en hun verwanten en/of ervaringsdeskundigen spelen verder een actieve rol bij het vormgeven van processen van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Meer en meer wordt ingezien dat een grote participatie van de directbetrokkenen een voorwaarde is voor zorgvernieuwing én het boeken van resultaten in vernieuwend onderzoek. Diverse instellingen voor psychische gezondheidszorg ervaren deze ontwikkelingen als een belangrijke aanvulling op hun kerntaken op het vlak van het klinisch herstel (behandeling van de stoornis) en functioneel herstel (verbeteren van psychische functies, zoals programma’s voor cognitieve rehabilitatie), maar ook rond het verbeteren van sociale en andere vaardigheden om optimaal te kunnen participeren. Ook in het onderzoek laten patiënten hun stem horen. Organisaties van patiënten en naasten, zoals de Depressie Vereniging en Ypsilon, richtten recent een wetenschapsraad op en worden hiermee sterke partners in het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Een andere verandering die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden is dat het kostenaspect meer op de voorgrond is komen te staan. Politiek en verzekeraars willen transparantie over de kosten en baten van de geboden zorg. Zo dient overbehandeling voorkomen te worden en kan door opschalen en afschalen gezocht worden naar precies gepast gebruik op individueel niveau.

De psychische zorg wordt vaak kritisch bejegend in de media, inclusief overheid en politici, maar dit kan niet verhullen dat er de afgelopen decennia talloze verbeteringen hebben plaatsgevonden. Toch is de innovatiebehoefte nog volop aanwezig; voor zover dit op basis van epidemiologische kerncijfers kan worden vastgesteld lijkt het er niet op dat zich een significante verbetering heeft voorgedaan in de incidentie en prevalentie van ernstige psychische stoornissen. Ook is de prognose van de meeste psychische stoornissen niet noemenswaardig verbeterd. Voor een belangrijk deel heeft dat te maken met het gegeven dat de zorg bij psychische stoornissen relatief laat in beeld komt, en kansen voor vroegdetectie en vroege interventies nog onvoldoende worden benut. Hiernaast is er een groot gebrek aan kennis over de mechanismen van het ontstaan en het beloop van psychische stoornissen en verslaving.[1] Juist deze twee aspecten (vroeger handelen en behandelen op basis van kennis over mechanismen) hebben in de somatische zorg, in het

[1] Zie bijvoorbeeld Greenhill SD et al. NEURODEVELOPMENT. Adult cortical plasticity depends on an early postnatal critical period. Science. 2015 Jul 24;349(6246):424-7.

bijzonder in de oncologie, het verschil gemaakt. En ook daar is de participatie van burgers bij het vroegsignaleren en actief voorkomen van aandoeningen een pijler geweest in het effectiever en vroegtijdiger handelen. Voor de GGz is bekend dat de context van de patiënt en de ruimte voor persoonlijke wensen en doelen een belangrijk onderdeel zijn van de ervaren gezondheid.

De noodzaak om eerder te signaleren en te handelen is in de eerste plaats ingegeven door het epidemiologische gegeven dat goed beschouwd de psychische zorg zich richt op stoornissen die al vroeg in het leven ontstaan, met een vaak levenslange impact. Naar schatting ontstaat ongeveer 75% van de psychische stoornissen in de eerste 25 levensjaren, en wordt dan veelal ook manifest. Bijvoorbeeld autisme en ADHD ontstaan al heel vroeg in de jeugd. Diverse andere aandoeningen, zoals schizofrenie, depressie, angst, verslaving of bipolaire stoornis worden manifest in de adolescentie, maar ook deze stoornissen laten vaak al de eerste tekenen zien in de (vroege) jeugd. Ook lichte aandoeningen die optreden in de jeugd en ogenschijnlijk verdwijnen, kunnen op latere leeftijd ernstige gevolgen hebben.[2] Een voorbeeld hiervan is de problematiek die ontstaat bij kinderen van ouders met een psychisch probleem (KOPP) of van verslaafde ouders (KVO) (zowel door nurture als nature). Deze kinderen hebben een verhoogde kans om zelf een psychisch probleem of een verslaving te ontwikkelen. Daarnaast doen KOPP/KVO kinderen vijf keer vaker een beroep op de GGz dan kinderen van ouders zonder psychopathologie[3].

Het motiveert om in het wetenschappelijk onderzoek en de psychische zorg de aandacht in het bijzonder te richten op de ontstaansperiode, te kijken naar intergenerationele overdracht en een levensloopperspectief na te streven. Hierbij moet worden bedacht dat het ontwikkelen van een psychische stoornis doorgaans negatieve gevolgen heeft voor iemands sociale identiteit en vaak ook resulteert in structurele achterstanden op het gebied van lichamelijke gezondheid, welzijn, burgerschap en toegang tot hulpbronnen. De maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische stoornissen, of het ontbreken daarvan, wordt extra belangrijk nu zich in Nederland transities op het gebied van zorg, welzijn en participatie voltrekken.

1.1 De totstandkoming van deze agenda

In het kader van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGz 2012-2013[4] hebben de partijen[5] afgesproken de mogelijkheid te verkennen voor de stimulering van een langdurig onderzoeksprogramma voor de GGz, naar voorbeeld van het Geestkracht-programma.[6] Om tot een opzet voor een onderzoeksprogramma te komen, zijn in eerste instantie de kennisbehoeften onder de partijen geïnventariseerd. Daaruit kwam naar voren dat er behoefte is aan structureel vernieuwend onderzoek ter verbetering van de kwaliteit en effectiviteit van de GGz en ter voorkoming van chroniciteit. In november 2015 hebben de

---

[2] Zie ook: Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. Br J Psychiatry Suppl. 2013 Jan;54:s5-10. en Copeland WE et al. Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. JAMA Psychiatry. 2015 Jul 15.

[3] Van Santvoort, F., Hosman, C., Van Doesum, K., & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 1, 16-19.

[4] Kamerstukken II 2011/12, 25424, nr. B.

[5] De partijen van het bestuurlijk akkoord voor de GGZ zijn: LPGGZ, GGZ Nederland, ZN, NVvP, NIP, LVE, NVVP, MeerGGZ en Ineen.

[6] Het programma GeestKracht liep van 2001 tot 2011 en was bedoeld om de achterstand in kennis en onderzoek op het gebied van de GGZ weg te werken. Zie verder http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/ggz-programma-geestkracht/algemeen/

GGz partijen hun *Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie GGz* [7] aangeboden aan de minister. Daarin is wetenschappelijk onderzoek één van de belangrijke lijnen. Structureel wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om nieuwe en proactieve interventies te onderzoeken op veiligheid en effectiviteit en om de principes van gepersonaliseerde zorg te kunnen ontwikkelen voor psychische stoornissen. Daarnaast is onderzoek gewenst naar herstel en ontwikkelingsprocessen van patiënten en naar de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden. Doel is de zorg te verbeteren en zorginhoudelijke en beleidsmatige keuzes te onderbouwen, evalueren en verbeteren. Afgesproken is dat er een programma ressorteert onder ZonMw en dat een, nog in te stellen, wetenschappelijke commissie de hoofdlijnen van deze wetenschapsagenda uitwerkt in onderzoekslijnen en calls, waarbij de onderwerpen uit de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie GGz een plaats krijgen. De nadruk ligt op proactieve zorg en vroege interventie, gepersonaliseerde zorg en behandeling en effectiviteitsonderzoek. Er wordt zowel onderzoek gedaan naar nieuwe interventies en de toepasbaarheid daarvan, als naar elementen die bijdragen aan herstel en burgerschap. Naast fundamenteel onderzoek en effectiviteitsonderzoek in het programma, zal ook onderzoek gedaan worden dat de snelle en hoogwaardige implementatie van nieuwe kennis moet bevorderen (implementation science).

In deze notitie wordt een door het veld breed gedragen voorstel neergelegd voor een meerjarig wetenschappelijk onderzoeksprogramma voor de GGz aan de hand van twee pijlers, namelijk:

1) verschuiving van nazorg naar voorzorg: vroegherkenning en eerder behandelen van psychische stoornissen.
2) gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg: interventies op basis van individuele (biologische, psychische en sociale) kenmerken gericht op herstel en burgerschap, het verhogen van de kwaliteit van leven en het versterken van de regie van de patiënt en hun naasten.

Deze wetenschapsagenda maakt deel uit van de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie GGz, waarin gestreefd wordt naar zorg op maat door meer regie voor de patiënt en zijn naasten, op- en afschaling, transparantie, grotere effectiviteit en kwaliteit van de zorg en voorkoming van chroniciteit.
De pijlers sluiten ook nauw aan bij de trend in het internationale wetenschappelijk onderzoek en ze passen binnen de Europese onderzoeksagenda voor de psychiatrie zoals die in het ROAMER-initiatief[8] wordt samengevat. ROAMER (Roadmap to Mental Health Research) is een Europees initiatief van vijfendertig internationale onderzoekers, waarin de sterke en zwakke punten van de huidige kennis op gebied van GGz worden samengevat. Op basis van interviews met wetenschappers, patiënten, beroepsbeoefenaars en verenigingen voor belanghebbenden, kwamen de auteurs tot zes prioriteiten voor onderzoek:

1. Preventie en promotie van mentale gezondheid bij jeugdigen.
2. Focus op determinanten van aandoeningen en causale mechanismen.
3. Het aanleggen van research netwerken.
4. Ontwikkeling van effectieve nieuwe interventies.
5. Eigen kracht (empowerment) van de patiënten en hun verwanten.
6. Samenhang tussen kwaliteit van zorg en socio-economische status.

[7] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/26/kamerbrief-over-agenda-voor-gepast-gebruik-en-transparantie-in-de-ggz

[8] Forsman AK et al; ROAMER Consortium. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. Eur J Public Health. 2015 Apr;25(2):249-54.

Het eerste punt komt overeen met de eerste pijler van de nationale wetenschapsagenda, terwijl het tweede, vierde, vijfde en zesde punt sterk overeenkomen met de tweede pijler van deze wetenschapsagenda voor de GGz. Ook het aanleggen en versterken van research netwerken is een belangrijk punt voor de nationale wetenschapsagenda GGz.

Ook binnen de somatische geneeskunde zijn proactieve zorg en precisie de twee belangrijkste richtingen waarlangs winst geboekt wordt in voorkomen van ziekte en verlagen van de morbiditeit en mortaliteit van aandoeningen.

Daarnaast wordt veel belang gehecht aan de implementatie van resultaten. Hiervoor is nauwe aansluiting met de klinische praktijk, de zorgverzekeraar en de opleidingen in de GGz essentieel.

1.2 Noodzaak en doel van deze agenda

Psychische stoornissen komen veel voor en zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijke ziektelast, werk en schoolverzuim[9]. Een recente bevolkingsstudie uit de regio Noord-Nederland liet zien dat 22% van de adolescenten reeds een ernstige episode van een psychische stoornis meegemaakt heeft, terwijl nog eens 23% een milde episode heeft doorgemaakt.[10] Wanneer op latere leeftijd gemeten wordt zijn deze percentages nog hoger. Behandelingen van psychische stoornissen, zowel de medicamenteuze als de psychotherapeutische interventies, doen niet onder in effectiviteit voor behandelingen in de andere disciplines van de geneeskunde.[11] Symptoomclusters, zoals depressie, paniekaanvallen, psychose of dwang kunnen met redelijke effectiviteit behandeld worden. Toch is er een hoge mate van chroniciteit juist binnen de GGz. Na remissie hebben veel patiënten een terugval.[12] Bovendien houdt een groot percentage restsymptomen, zoals vermoeidheid, sociale terugtrekking, cognitieve stoornissen of lichte angst of somberheidsklachten. Een grote Nederlandse studie naar angststoornissen liet zien dat in 43% van de gevallen er sprake is van een matig-ernstig chronisch beloop en in 15% van de gevallen een ernstig-chronisch beloop.[13] Voor psychotische stoornissen, bipolaire stoornis, eetstoornissen en verslaving zijn deze percentages nog ongunstiger. Dit langdurige beloop trekt een zware wissel op patiënten zelf, maar ook op hun naasten die vaak voor ondersteuning en compensatie zorgen. Uitval door psychische stoornissen heeft vele consequenties: het leidt tot schoolverzuim en tot lagere schoolresultaten wanneer het jongeren of hun ouders treft. Het vermindert de kansen op de arbeidsmarkt, leidt tot lagere inkomsten, meer werkeloosheid en hoger ziekteverzuim. Het is daarom van essentieel belang voor een florerende en veilige samenleving om mensen, jongeren in het bijzonder, zo goed mogelijk geestelijk gezond en mentaal sterk te houden. Werkgevers en uitkeringsinstanties zijn dan ook belangrijke stakeholders in het terugdringen van de incidentie en duur van psychische problemen.

---

[9] Zie bijvoorbeeld http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-in-nederland/ en http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2110027&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=JAMAPsychiatry%3AOnlineFirst02%2F11%2F2015

[10] Ormel J et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. Psychol Med. 2014 20:1-16.

[11] Leucht S et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. Br J Psychiatry. 2012;200(2):97-106.

[12] Ormel J et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. Psychol Med. 2014 20:1-16.

[13] Batelaan NM et al. Two-year course trajectories of anxiety disorders: do DSM classifications matter? J Clin Psychiatry. 2014p;75(9):985-93.

Doel van het voorgestelde programma is, naast het terugdringen van het aantal mensen met een psychische stoornis, het voorkomen van chroniciteit en lange behandeltrajecten in de GGz, en het verhogen van de kwaliteit van leven en het versterken van de positie en regie van patiënten met een psychische stoornis en hun naasten, op basis van een evenwichtiger kosten-baten-balans.

Van 2001 tot 2011 heeft het landelijke Geestkracht-programma voor een enorme impuls gezorgd in het wetenschappelijk onderzoek voor de GGz. Dit programma heeft een grote toename opgeleverd van de kennis over oorzaken en risicofactoren, individuele klachtenpatronen, ontregelingen van pathofysiologische mechanismen, gen-omgevingsinteracties en beloopstrajecten van psychische stoornissen. Dit vormt de basis aan kennis die nodig is om vroegherkenning, proactieve interventies en behandelingen precies op maat voor het individu verder te ontwikkelen en te onderzoeken op veiligheid, gebruiksvriendelijkheid en (kosten)effectiviteit. Daarnaast heeft dit programma geleid tot grote samenwerkingsverbanden binnen het onderzoeksveld, waarin academische en niet-academische centra elkaar versterken. Dit onderzoeks-netwerk is een goede basis voor de uitwerking van het huidige plan. De bestaande netwerken dienen te worden uitgebreid in de eerste en nulde lijn, en aan elkaar gekoppeld te worden tot een transdiagnostisch onderzoeksnetwerk.

Het onderzoek dat vanuit het nu voorgestelde programma wordt uitgevoerd, baseert zich op de kennis die voortkomt uit Geestkracht en ander recent wetenschappelijk onderzoek en vormt de brug naar eerdere en betere behandeling. In dit programma wordt de opgedane kennis praktijkgericht ontwikkeld, samen met het veld, om zo te borgen dat het kan worden omgezet in direct implementeerbare producten voor vroege interventies en behandelingen in de klinische praktijk van alledag. In het vervolg van deze notitie worden de twee pijlers nader toegelicht.

2. Plan van aanpak

2.1 Komen tot verbetering van kwaliteit en effectiviteit door vernieuwend onderzoek

In de afgelopen veertig jaar hebben de meeste medische disciplines een spectaculaire ontwikkeling doorgemaakt, met als resultaat een forse afname van morbiditeit en mortaliteit. In de GGz kunnen symptoomclusters zoals psychose, depressie, paniek en dwang inmiddels effectief behandeld worden en is de capaciteit in de loop der jaren uitgebreid. Toch is een grote vooruitgang uitgebleven. Een van de oorzaken daarvan is dat wij in de GGz mensen pas in een relatief laat stadium behandelen. Dat is onwenselijk, aangezien blijvende psychische stoornissen gepaard gaan met hoge maatschappelijke uitval, (somatische) comorbiditeit, comorbide verslavingsproblematiek en voortijdige mortaliteit. Een recente overzichtsstudie liet zien dat patiënten met psychische stoornissen – zoals bipolaire stoornis, depressie, schizofrenie, verslaving, anorexia nervosa en borderline persoonlijkheidsstoornis – een gemiddelde levensverwachting hebben die tien tot twintig jaar korter is dan die van mensen zonder deze stoornissen.[14] Dit komt omdat we patiënten pas in een relatief laat stadium behandelen, wanneer de aandoening al helemaal uitgekristalliseerd is. Om de vergelijking met de cardiologie te trekken: de GGz ziet mensen pas na openbaring van hun eerste hartinfarct. In de GGz willen wij in staat zijn om eerder te signaleren en de meest passende (proactieve) interventies of behandelingen veel vroeger te kunnen bieden, om daarmee een eerste of volgende ziekte-episode of chroniciteit te voorkomen en mensen actief en slagvaardig te houden.

Een tweede pijler voor verbetering van de huidige zorg is de behandeling precies op maat maken voor het individu, de zogenaamde *precision psychiatry*. Door behandeling te baseren op kennis over de medische, psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op het behandeleffect van de individuele patiënt, en aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt, diens sociale netwerk en bredere maatschappelijke context, ontstaat zorg op maat.[15] Hierbij is het van groot belang aandacht te besteden aan diversiteit tussen patiënten op basis van factoren als sekse/gender, etnische herkomst, sociaal economische status en hun interacties, en aan meer individu-gebonden biologische en psychosociale factoren. Al deze factoren zijn relevant voor het behandelresultaat. Hiermee wordt overbehandeling, niet-adequate behandeling, en ook langdurige stagnatie voorkomen en zal de kosten-baten balans van behandelingen gunstiger zijn.

2.2 Eerste pijler: van late naar vroege interventies

Van Desiderius Erasmus (1466–1536) is het gezegde afkomstig dat voorkomen beter is dan genezen. Dat geldt bij uitstek voor psychische stoornissen met hun dikwijls slechte prognose. Preventie en vroege interventie hebben als doel de ongunstige prognose op proactieve wijze in gunstige zin te beïnvloeden. Inmiddels heeft – veelal door ZonMw gefinancierd – onderzoek laten zien dat effectieve preventie van een eerste depressie mogelijk is,[16] ook van successievelijke episoden bij recidiverende depressie.[17] Preventie van depressie is bovendien

[14] Whiteford HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904): 1575-86

[15] Zie ook: Stel, J. van der. Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie. Houten: BSL, 2015.

[16] Van Zoonen K, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiology* 2014;43:318-329.

[17] Biesheuvel-Lelieveld K, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affective Disorders* 2015;174:400-410.

vaak kosteneffectief[18] en kan zelfs het gehele zorgsysteem voor depressie meer kosteneffectief maken.[19] Recent zijn ook voor de preventie van psychose spectaculaire onderzoeksresultaten te melden. Vroegherkenning van personen met een hoog risico op het krijgen van een eerste psychose gevolgd door proactief ingrijpen, leidt tot een halvering van het aantal eerste psychosen.[20] Ook dit blijkt zeer kosteneffectief.[21]

Beleid

Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat preventie van depressie al tien jaar, sinds de komst van de eerste Preventienota uit 2006, speerpunt is van VWS-beleid. Eerdere onderzoeksprogramma's van ZonMw (de Preventieprogramma's) sloten hier nauw op aan. VWS-beleid en het zorgonderzoek van ZonMw hebben elkaar zo wederkerig versterkt over een periode van meerdere jaren. In 2013 lanceerde VWS het Nationaal Programma Preventie Alles is Gezondheid waarmee het preventiebeleid van VWS voor de periode 2014-2016 werd gecontinueerd. Hierop werd door ZonMw aangesloten met het Preventieprogramma 5. Dit onderzoeksprogramma richt zich op een integraal preventiebeleid dat zich uitstrekt over verschillende maatschappelijke sectoren zoals onderwijs, de gemeentelijke overheden (en hun rol in de wijk), arbeid en de gezondheidszorg.

Meer recent en in het kader van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGz hebben VWS en betrokken veldpartijen afgesproken te verkennen of een langdurig onderzoeksprogramma mogelijk zou zijn voor de GGz. Dit naar voorbeeld van het inmiddels afgesloten Geestkracht-programma ter verbetering van de kwaliteit en effectiviteit van de GGz en om chroniciteit terug te dringen. Met dit initiatief wil VWS het preventiebeleid niet alleen voortzetten, maar ook, vanuit wetenschappelijk onderzoek, een vernieuwende impuls geven. Die vernieuwing is om meerdere reden gewenst.

Visie

Wanneer we kijken naar de termijn van 10 jaar zou de preventieve GGz baat hebben bij enkele belangrijke vernieuwingen:

Er is behoefte aan verdere integratie van preventie (inclusief vroegherkenning, vroege interventie en terugvalpreventie) in de zorg. De verdere integratie tussen preventie en zorg wordt bewerkstelligd door preventie niet meer als een apart domein te beschouwen met een eigen beroepsgroep, maar door de bestaande zorg en de daar werkende zorgaanbieders te faciliteren om *proactieve zorg* te bieden. Proactieve zorg richt zich op personen met een hoog risico op een slechte prognose en heeft als doel de slechte prognose in gunstige zin te beïnvloeden. Er is ook behoefte aan meer universele, collectieve en geïndiceerde preventie van psychische stoornissen. Dit is in principe belegd in het daarvoor bestemde ZonMw Preventieprogramma. Echter, de GGz moet daarin een impuls hebben.

Er is behoefte aan *persoonlijke* proactieve zorg, dus afgestemd met de patiënt en op het persoonlijk risicoprofiel (van klachten, kwetsbaarheden en persoonlijke competenties) van

---

[18] Meerdere studies, maar zie o.a. Smit F, et al. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *Brit J Psychiatry* 2006;188:330-336.

[19] Lokkerbol J, et al. Improving the cost-effectiveness of a health care system for depressive disorder by implementing telemedicine: a health economic modeling study. Am J Geriatric Psychiatry 2014;22:253-262.

[20] Van der Gaag M, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer follow-ups. Schi Res 2013; 149:56-62.

[21] Ising HK, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultrahigh-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. Psychological Medicine 2015:14;1435-1446.

individuen met een verhoogd risico op een ongunstig ziektebeloop (ongunstige transities van het ene naar het andere ziektestadium) en op hun persoonlijke wensen en behoeften.

Er is behoefte aan een *doelmatige* persoonlijke en proactieve zorg die zich richt op personen met een hoog risico op een persisterende lage kwaliteit van leven en daarmee gepaard gaande hoge zorgkosten. Voor een aantal personen zullen lange zorgtrajecten onvermijdelijk en medisch noodzakelijk zijn, maar er valt veel te winnen door vroeg en gericht in te grijpen om lange trajecten waar mogelijk te bekorten en zo hoge zorgkosten te reduceren.

Een voorbeeld van proactieve zorg

Wereldwijd is schizofrenie één van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsverlies en vroegsterfte.[1] De ernst van schizofrenie leidt tot hoge kosten, vooral door ziekenhuisopname en verlies van arbeidsproductiviteit.[2]

Prognostisch onderzoek naar de ontwikkelingsstadia van schizofrenie laat zien dat een eerste psychose zich in de late adolescentie of vroege volwassenheid manifesteert, maar vooraf wordt gegaan door een periode met een ultrahoog risico (UHR) op het ontwikkelen van een eerste psychose. Dit UHR stadium wordt gekenmerkt door (1) milde laagfrequente psychotische symptomen, en/of (2) een korte volledige psychose van minder dan een week die vanzelf weer is gestopt, en/of (3) een genetische predispositie, en (4) in al deze drie subgroepen een verslechtering in functioneren en teruggetrokken gedrag.[3] Wanneer de UHR-status niet herkend wordt en deze mensen daarvoor geen gerichte zorg krijgen, ontwikkelt 36% van hen een eerste psychose binnen drie jaar.[4] Wanneer mensen met UHR al in de zorg zijn (voor een andere stoornis zoals bijvoorbeeld depressie), is er een imminente dreiging op psychose. Tijdig en gericht ingrijpen is essentieel.[5]

De betreffende proactieve zorg kan bijvoorbeeld bestaan uit een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). De interventie is preventief bedoeld om de transitie van het UHR-stadium naar een psychose te voorkomen.[6] Meerdere gerandomiseerde evaluaties laten zien dat die aanpak effectief is: door preventieve CGT in de UHR groep wordt het aantal eerste psychosen gehalveerd.[7] Een Nederlandse studie laat bovendien zien dat het preventieve effect voor ten minste vier jaren behouden blijft – vaak voldoende om mensen met een verhoogde gevoeligheid voor psychose veilig door de riskante levensjaren heen te loodsen.[8]

Economische evaluaties laten verder zien dat de kosten van deze vroege interventies ruimschoots teruggewonnen worden. Allereerst is er de intrinsieke waarde van gezondheidsbehoud en zelfs gezondheidswinst. Ten tweede worden hoge zorgkosten, zoals ziekenhuisopnamen, vermeden wanneer het verder goed gaat met de UHR groep. Bovendien leidt tijdige proactieve zorg ertoe dat de maatschappelijke participatie van deze groep behouden blijft. Vaak volgen zij nog een opleiding, wonen samen en hebben een baan. Baanbehoud, uitbreiding van een bestaande aanstelling en zelfs het vinden van een nieuwe baan is een uitkomst die vaak gezien wordt nadat de UHR-groep preventieve CGT heeft ontvangen.[9] Dat geldt ook voor de langere termijn.[10]

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2197–2223.

2. Neil AL, Carr VJ, Mihalopoulos C, et al. Costs of psychosis in 2010: findings from the second Australian National Survey of Psychosis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2014;48:169–182.

3. Yung AR, Nelson B, Stanford C, et al. Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. Schizophrenia Research 2008;105:10–17.

4. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. Archives of General Psychiatry 2012;69:220-9.

5. Rietdijk J, Klaassen R, Ising H, Dragt S, Nieman DH, van de Kamp J, et al. Detection of people at risk of developing a first psychosis: Comparison of two recruitment strategies. Acta Psychiatrica Scandinavia 2012;126:21-30.

6. Gaag M van der, Nieman D, Berg D van den. CBT for Those at Risk of a First Episode Psychosis: Evidence-based psychotherapy for people with an "At Risk Mental State." Routledge, 2013.

7. Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophrenia Research 2013;149:56–62.

8. Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, et al. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial, subm.

9. Ising HK, Smit F, Veling W, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2015;45(7):1435–46.

10. Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J, et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first-episode psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIW-NL) trial, subm.

Bovenstaande kennisbehoeften laten zich vertalen in een corresponderende wetenschapsagenda voor een proactieve GGz:

1. Preventieonderzoek dient meerwaarde te hebben voor de klinische praktijkvoering door grote toepasbaarheid. Dit vraagt om prognostisch onderzoek ter voorspelling van ongunstige transities en uitkomsten in het ziektebeloop. De betreffende risicoprofielen helpen met de implementatie van vroegherkenning en het gericht aanbieden van proactieve zorg.

2. Proactieve zorg dient voor de beoogde doelgroepen acceptabel te zijn en hen, waar mogelijk, te helpen met gericht zelfmanagement van de eigen gezondheid. Gepersonaliseerde proactieve zorg op basis van persoonlijke risicoprofielen ondersteunt dit streven. Dit vraagt om onderzoek naar persoonlijke risicofactoren (klachten en kwetsbaarheden) en persoonlijke competenties (krachten). De betreffende risicoprofielen kunnen afhankelijk zijn van het ziektestadium waarin de betreffende persoon verkeert en dat vraagt om 'stage-dependent prognostic modelling'.

3. Persoonlijke proactieve zorg dient aan te sluiten op het persoonlijk risicoprofiel van klachten, kwetsbaarheden en competenties. Dat vraagt om onderzoek naar de effectiviteit van klachtgerichte en competentie-versterkende interventies die modulair en dus flexibel en op maat aangeboden kunnen worden.

4. Proactieve zorg dient volop in te zetten op het behouden, dan wel verkrijgen van gewaardeerde rollen in de samenleving (werknemer, student, vriend, ouder,

enzovoorts). Maatschappelijke participatie en psychische gezondheid versterken elkaar immers.

5. Proactieve zorg dient doelmatig te zijn. Dit vraagt om prognostisch onderzoek gericht op generieke uitkomsten (over de langere termijn) zoals langdurige en dure zorgtrajecten.

Als we meer kennis hebben over werkzame interventies die in een vroeg stadium kunnen worden ingezet, komt het er wel op aan deze bij de juiste persoon en op het meest geschikte moment actief onder de aandacht te brengen. Dit vereist nieuwe werkwijzen, attitudes en organisatievormen van de psychische zorg. Als proactief handelen van zorgprofessionals start met de actieve participatie van de directbetrokkenen, versterken en veronderstellen ze elkaar. Preventie en vroegtijdig handelen betekenis geven, lukt alleen als het aansluit op de wensen en behoeften van de bevolking en specifieke groepen daarbinnen, zodat zij bereid en in staat zijn hieraan mee te werken. Het impliceert het betrekken van de belanghebbenden bij de beleids- en besluitvorming.

2.3 Tweede pijler: gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg

De huidige behandelingen die we in de GGz aanbieden leveren niet bij elke patiënt goede resultaten. Wanneer we van tevoren kunnen voorspellen welke patiënten goed op een behandeling zullen reageren, kunnen kostbare behandelingen, die soms ook bijwerkingen geven, alleen worden ingezet voor de patiënten die er baat bij hebben. Anderzijds blijven sommige patiënten te lang verstoken van specialistische behandelingen omdat het huidige *stepped-care* model zorgt voor trage doorstroming naar hogere echelons. De combinatie van factoren die tot ziekte geleid heeft en de sociale context is voor elke patiënt uniek. Iedere patiënt heeft daarnaast zijn/haar eigen verwachtingen en doelen voor het leven. Bovendien is de therapeutische relatie van groot belang voor het effect van een behandeling. Het volstaat daarom niet om een *one-size-fits-all*-behandeling op basis van een diagnose aan te bieden. Wanneer we een voorbeeld nemen aan de doorbraken die binnen de oncologie zijn geboekt, zien we dat stadiëring en (individuele) patiëntprofilering geleid hebben tot gepersonaliseerde geneeskunde (*precision medicine*), met zeer nauwkeurige en effectieve behandeling tot gevolg. Ook in de GGz kunnen we gebruik maken van deze principes om te komen tot persoonlijke, en dus nauwkeurige en effectieve behandeling: gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg. Daarvoor is betere kennis nodig van de onderliggende ziekteprocessen, de overgangen tussen ziektestadia, de onderlinge overlap maar ook de verscheidenheid tussen aandoeningen, de wijze waarop symptoom-symptoom-associaties ontstaan, de wensen en behoeften van de patiënt en zijn of haar omgeving en van factoren die bepalend zijn voor de totstandkoming van een adequate therapeutische werkrelatie.

Persoonlijke kenmerken, zoals geslacht, culturele achtergrond, familieomstandigheden en erfelijke aanleg zijn sterk bepalend voor de kans op een aandoening, het beloop daarvan en de kans om op een bepaalde behandeling goed te reageren. Kennis over deze samenhang maakt het mogelijk om gericht te interveniëren met passende maatregelen. Zo weten we dat jonge vrouwen (vooral na de geboorte van een eerste kind) een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressie[22]. Vroegherkenning van dit beeld en effectieve interventies speciaal voor deze groep houden niet alleen de vrouw zelf, maar haar hele gezin op de rails. Een andere risicogroep vormen immigranten, die onderhavig zijn aan hoge stress. Bij hen komen psychotische stoornissen vaker voor. Ook hier kunnen speciaal aangepaste diagnostiek en behandeling ernstige stoornissen voorkomen. Gepersonaliseerde psychische

[22] Gordon Parker & Heather Brotchie (2010) Gender differences in depression, International Review of Psychiatry, 22:5, 429-436.

zorg dient het klinisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel te bevorderen en via gedeelde besluitvorming maximaal aan te sluiten bij de individuele wensen, mogelijkheden en doelen van de patiënt en zijn of haar omgeving, om de effectiviteit van behandeling en zorg te vergroten en zo over- of onderbehandeling te voorkomen en evenwichtiger kosten-baten balans te realiseren. Door de patiënt centraal te stellen en alle aspecten van een herstel goed in beeld te brengen wordt hij of zij optimaal in staat gesteld om sterke kanten in te zetten en zelf regie te voeren en autonomie te (her)winnen. Daarmee wordt de behandeling meer dan symptomatisch herstel, maar ook gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel.

De voorgestelde wetenschapsagenda dient hiervoor een solide methodiek op te leveren die behandeling en zorg op maat waarborgt, en die de meerwaarde hiervan in beeld brengt.

Een tweede aspect van gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg is het beter differentiëren tussen patiënten met dezelfde diagnose op basis van aanvullende kenmerken die informatie geven over de ziektemechanismen die bij de psychische stoornis een rol spelen. Bij depressie is gevonden dat er duidelijke verschillen zijn in beloop en behandelbaarheid tussen patiënten wanneer bijvoorbeeld wordt gekeken naar aanvullende kenmerken zoals verhoogde inflammatie en metabool syndroom. Op basis van dergelijke biomarkers kan depressie verder worden gesubtypeerd[23] en kunnen nieuwe behandelingen worden ontwikkeld die meer specifiek op dat mechanisme inwerken zoals anti-inflammatoire middelen[24] of bewegingsinterventies. Ook sociomarkers, zoals het al dan niet hebben doorgemaakt van ernstige negatieve ervaringen vroeg in het leven, blijken duidelijk gerelateerd te zijn aan de kans om baat te hebben bij specifieke depressie behandelingen zoals psychotherapie. Psychiatrische diagnosen in de huidige vorm zeggen dus op dit moment nog onvoldoende over de oorzaak, en over de optimale behandeling. Gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg is de manier om hier systematisch naar te kijken en de behandelingen op af te stemmen.

De derde reden om in te zetten op gepersonaliseerde zorg is dat de relatie tussen patiënt en behandelaar is veranderd. De kenmerken die bepalend zijn voor het latere effect van behandeling zijn divers en omvatten genetische, neurobiologische, psychologische, omgevings- en lifestyle en gedragsgebonden factoren. Deze kenmerken interacteren met elkaar en het is belangrijk om ze integraal te onderzoeken. Effect staat of valt met het vertrouwen dat de patiënt heeft in de behandelaar, en met de mate waarin de patiënt en behandelaar de patiënt als eigenaar van de behandeling zien. Dit komt tot uiting in ‘shared decision making’. Het heeft ook te maken met het vermogen van behandelaars om daadwerkelijk contact te maken met patiënten en aan te sluiten bij hun wensen en drijfveren. Personaliseren van de zorg gaat daarom hand in hand met de rol van patiënten in de behandeling. Het geeft de patiënt meer regie en stelt hem of haar in staat sterke kanten maximaal te gebruiken.[25]

Speciaal aandacht voor patiënten met onvoldoende baat bij bestaande behandelingen
Binnen de GGz bestaat een groep patiënten die weinig of geen baat heeft bij bestaande (op herstel gerichte) behandelingen. Zij blijven langdurig ernstig gehinderd door klachten, bijvoorbeeld psychotisch of depressief van aard. Dit langdurige lijden maakt het voor hen zeer moeilijk om hun leven goed zin te geven en een waardevolle plek te vinden binnen de

---

[23] Jentsch MC et al. Biomarker approaches in major depressive disorder evaluated in the context of current hypotheses. Biomark Med. 2015;9(3):277-97.

[24] Zie bijvoorbeeld: Köhler O et al. Effect of anti-inflammatory treatment on depression, depressive symptoms, and adverse effects: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Psychiatry. 2014 Dec 1;71(12):1381-91.

[25] Schoevers, R & Parmentier, S. Diagnose depressie. Uitgeverij Balans 2015

maatschappij. Deze groep verdient met spoed aandacht om alsnog verlichting dan wel compensatie van klachten te krijgen. Binnen pijler twee willen we daarom een speciale call opzetten die zich toelegt op het ontwikkelen van effectieve interventies en strategieën om patiënten met langdurige en ernstige klachten verlichting te bieden, waarbij het zowel gaat om interventies die zich richten op symptomatisch als op persoonlijk en maatschappelijk herstel en zo mogelijk in samenhang.

In dit deel van het programma willen wij onderzoeksconsortia uitnodigen om voorstellen te doen voor studies die bijdragen aan de totstandkoming van gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg. Gedacht wordt aan combinaties van observationeel en experimenteel onderzoek, gericht op:

- Mechanismen die verklaren hoe en waarom veel gebruikte interventies in psychische zorg werken;
- Nieuwe mechanismen die de basis kunnen vormen voor innovatieve interventies;
- Identificatie van bio- en sociomarkers die gebruikt kunnen worden voor het personaliseren van de zorg;
- Effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van de behandelrelatie en het eigenaarschap van patiënten;
- Effectiviteit van interventies gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel en de regierol van de patiënt en de effecten van gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg.

Visie
Wanneer we kijken naar de komende tien jaar dan is veel vooruitgang te boeken door:

1. Het nauwkeurig in kaart brengen van factoren die geleid hebben tot psychische stoornissen, individuele sterke en zwakke punten, en het gericht opstellen van een plan voor compensatie, correctie of acceptatie;
2. Het beter bestuderen van biomarkers en sociomarkers, hun voorspellende waarde voor prognose en respons op behandeling;
3. Het beter toespitsen van bestaande interventies voor zorgvuldig gedefinieerde doelgroepen;
4. Het ontwikkelen van nieuwe behandelingen op basis van onderliggende mechanismen die bij een deel van de patiënten aan de orde zijn;
5. Extra inzetten op het verbeteren van zelfstandigheid en kwaliteit van leven voor mensen met ernstige chronische psychische klachten;
6. Het ontwikkelen, en zo vroeg mogelijk inzetten van interventies gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel, inclusief interventies gericht op het tegengaan van het publieke stigma en van zelfstigmatisering wegens het hebben van een psychische stoornis.[26]

2.4 Herstel, groei en ontwikkeling

Organisaties van patiënten en naasten zijn de afgelopen jaren druk in de weer geweest om, samen met hulpverleners in de instellingen voor de psychische gezondheidszorg, een invulling te geven aan het begrip herstel. Een precieze en persoonlijke GGz draagt daaraan bij.

---

26 Zie Evans-Lacko, S. et al., (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. European Psychiatry 04/2014.

We kunnen herstel onderscheiden in een viertal aspecten[27]: in de eerste plaats het klinisch herstel. Hier gaat het om de behandeling die is gericht op het verminderen van symptomen. In de tweede plaats is er het functioneel of functieherstel waarbij de aandacht zich richt op het verbeteren van de cognitieve functies, in het bijzonder de executieve functies die nodig zijn om zich staande te houden in het dagelijks leven, doelen te bereiken en met andere mensen samen te werken. Bij veel psychische stoornissen ontstaan er problemen in de realisatie van die executieve functies. In de derde plaats is er aandacht voor maatschappelijk herstel, voor wonen en werken of het aangaan van relaties. En tot slot onderscheiden we het persoonlijk herstel. Hier gaat het erom dat de betrokkene meer greep krijgt op zijn of haar eigen leven, helder krijgt wat zijn of haar waarde is, omgaat met (het ervaren) stigma en werkt aan een door hem of haar als positief beleefde identiteit.

De onderzoeksagenda richt zich op al deze aspecten van herstel. Verder ligt de focus van deze onderzoeksagenda op zo vroeg mogelijk handelen en richt de aandacht zich daardoor uitdrukkelijk op jonge mensen. Door proactief handelen kunnen we in de toekomst voorkomen dat mensen een langdurig herstelproces voor de boeg hebben.

2.5 Snelle en effectieve implementatie van effectieve interventies

Onderzoek heeft vooral zin wanneer men de resultaten op effectieve wijze benut en implementeert in de klinische praktijk van alledag. Op dit moment wordt lang niet alle kennis benut om de beste behandelingen voor de patiënt te realiseren. Het is daarom belangrijk dat er een sterke focus wordt gelegd op het organiseren van de volledige kenniscyclus door zorg, onderzoek en opleiding (academisch en hbo/mbo) zo dicht mogelijk op elkaar te betrekken. Hierbij is het opzetten van regionale opleidings- en zorgprogramma's, inclusief laagdrempelige consultatie door experts vanuit academische centra, een goede start. Via de infrastructuur die inmiddels is opgebouwd vanuit Geestkracht en de IT voorzieningen voor Routine Outcome Monitoring (ROM) is het mogelijk om binnen dergelijke samenwerkingsverbanden gezamenlijk relevante behandeluitkomsten te monitoren en onderzoek te doen naar het verbeteren van de praktijk in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Daarbij is het uiteraard van belang om klinisch en praktijkgericht onderzoek te prioriteren. Wetenschappers en behandelaren dienen zorg te dragen voor snelle en effectieve implementatie van onderzoeksbevindingen. Hiervoor moet de samenwerking tussen onderzoekers, zorgaanbieders, ervaringsdeskundigen (zowel patiënten als naasten) en professionals versterkt en verankerd worden. De TOPGGz afdelingen zullen hier ook een belangrijke rol in spelen.

Op dit moment bestaat er een kloof tussen wetenschappers en behandelaren. Die kloof kan en moet overbrugd worden. Niet alleen door onderzoekers eerder en consequenter implementatieplannen te laten maken, maar ook door professionals actief te betrekken bij de wetenschap. Behandeling, opleiding en onderzoek dienen hand in hand te gaan, niet alleen in academische centra maar juist ook in de eerste en tweede lijn. In Nederland zijn meerdere voorbeelden van regio's waarin de OOR (onderwijs-en opleidingsregio voor psychiaters bestaande uit een universitaire afdeling psychiatrie samen met regionale GGz instellingen) samenvalt met regionale zorg- en onderzoeksnetwerken waardoor investeringen in onderzoek en kwaliteit van zorg hand in hand kunnen gaan[28]. Clinici die ook een promotietraject uitvoeren kunnen een belangrijke brug vormen tussen onderzoek en praktijk.

---

[27] Zie over herstel: Slade, M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2009.
Van der Stel, J. Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters. Tijdschrift voor Psychiatrie, 57(2015)11, 815-822.

[28] zie bv www.rgoc.nl

Subsidievormen die clinici de kans geven een promotieonderzoek uit te voeren kunnen daarom bijdragen aan een snelle implementatie en toepassing van bevindingen uit onderzoek.
Patiënten, naasten, zorgaanbieders en professionals worden uitgenodigd onderzoeksvragen aan te leveren door te wijzen op lacunes in de huidige behandelingen, en dragen een verantwoordelijkheid om bevindingen vanuit onderzoek daadwerkelijk te implementeren. Heel wat interventies die frequent worden toegepast, bijvoorbeeld het verhogen van de dosis bij een slechte response op SSRI's, zijn niet bewezen effectief.[29] Van zeer gebruikelijke interventies, bijvoorbeeld de augmentatie van clozapine bij resistente psychose, is de effectiviteit onvoldoende onderzocht[30]. Voor snelle en effectieve behandeling binnen de GGz is het essentieel dat zulke lacunes alsnog onderzocht worden zodat niet-effectieve behandelingen worden uitgebannen en effectieve ingrepen eerder worden ingezet. Daarmee sluit het wetenschappelijk onderzoek nadrukkelijk aan bij het thema Gepast Gebruik. Door te zorgen dat er altijd een link is met de praktijk en te borgen dat GGz instellingen actief participeren aan onderzoek, nemen de therapeuten een kritische houding aan ten opzichte van bestaande en nieuwe interventies en kunnen, afhankelijk van de uitkomsten, nieuwe maatregelen snel worden geïmplementeerd.

Een tweede kloof die in dit programma overbrugd zal moeten worden, is die tussen patiënten, hun naasten en de wetenschap. Juist in de GGz zijn patiënten en naasten onvoldoende bekend met lopend onderzoek, de theorieën die hierin getoetst worden en de mogelijke consequenties van dit onderzoek voor de korte en lange termijn. Patiënten zijn nog onvoldoende geëngageerd bij het opstellen en initiëren van onderzoek en zijn (misschien als gevolg daarvan) ook onvoldoende bereid om hun steun en participatie aan onderzoek te verlenen. Omdat het doel van dit programma juist het verbeteren van de dagelijkse praktijk is, spelen de wensen en behoeften van de patiënt hierin een centrale rol. Daarom krijgen patiënten en hun naasten zelf ook de mogelijkheid om binnen het programma inhoudelijke onderwerpen van hun eigen onderzoeksagenda aan te dragen. Ook is het essentieel dat patiënten de onderzoeken zullen faciliteren en in ruime mate bereid zullen zijn om aan een klinisch onderzoek deel te nemen. Dit vergt een sterke verbetering van de interactie en participatie van patiënten en hun naasten in wetenschappelijk onderzoek, middels wetenschapscommissies, onderzoeksagenda's en actieve promotie van gezamenlijk geïnitieerd onderzoek. Wij kunnen hierbij een voorbeeld nemen aan andere patiëntenverenigingen, bijvoorbeeld aan de Parkinson Vereniging, die met een eigen wetenschappelijke commissie, collecte en fondsenwerving, de inzet van patiënt-onderzoekers en actieve bemiddeling bij onderzoeksdeelname, het wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe en betere behandelingen voor de ziekte van Parkinson sterk bevordert. Het is dan ook wenselijk dat het Landelijk Platform GGz binnen het programma een vergelijkbare structuur als Parkinsonnet voor de GGz opzet.

Om onderzoeksresultaten uit beide pijlers tot een snelle implementatie in de dagelijkse praktijk te leiden, is het essentieel dat onderzoeksprojecten nauw samenwerken en goed afgestemd zijn op de activiteiten die binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) opgezet worden om implementatie van effectieve behandelingen te maximaliseren. Ook andere initiatieven zoals het werkplan Verstandig Kiezen heeft als doel om bewezen

---

[29] Ruhé HG et al. Evidence why paroxetine dose escalation is not effective in major depressive disorder: a randomized controlled trial with assessment of serotonin transporter occupancy. Neuropsychopharmacology. 2009;34(4):999-1010.

[30] Sommer IE et al. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. Schizophr Bull. 2012;38(5):1003-11.

effectieve interventies snel te implementeren. Studies die gehonoreerd worden in het kader van de nieuwe wetenschapsagenda GGz zullen vooraf moeten beschrijven hoe de implementatie wordt vormgegeven. Hiervoor is het wenselijk om cofinanciering vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, vanuit Verstandig Kiezen of vanuit andere calls, zoals Doelmatigheid en Zorgevaluatie reeds voor de start van innovatief onderzoek te bespreken.

Ook is het wenselijk om met ZonMw, VWS en het NKO te zoeken naar mogelijkheden voor financiering van onderzoek naar de meest effectieve implementatie strategieën (implementation science).

Tabel 1 geeft een overzicht van de mogelijke bronnen van financiering voor verschillende onderzoekstrajecten.

Implementatie via zorgstandaarden en modules	Netwerk Kwaliteits ontwikkeling GGZ	http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/call/missie-en-doelstellingeninleiding/
Onderzoek effectiviteit bestaande interventie	Verstandig Kiezen	http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/communicatiecampagne-verstandig-kiezen/samenvatting/
Onderzoek kosteneffectiviteit bestaande interventie	Doelmatigheid Goed Gebruik Geneesmiddelen	http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/doelmatigheid/zorgevaluatie/ http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/
Vroegdetectie, proactieve interventies, nieuwe interventies, gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg	Nieuw GGz programma	https://www.google.nl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=wetenschapsagenda%20ggz

Tabel 1 Accenten van verschillende subsidie instrumenten voor GGz onderzoek

2.6 Tezamen - Op weg naar eerdere, effectievere en persoonlijke behandeling

Om bovenstaande doelen van eerder behandelen samen met gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg te bereiken, is gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig. Onderzoek ten behoeve van vroege interventie zal zich richten op de premorbide en prodromale fase, bij jeugdigen of volwassenen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Daarnaast is onderzoek naar het voortschrijdende ziekteproces van de psychische stoornissen – via recidivering naar chroniciteit – van groot belang; wij moeten niet alleen weten wat er in welke fase gebeurt maar ook hoe hierop kan worden ingegrepen om erger te voorkomen. Participatie van patiënten en hun naasten is van cruciaal belang, zowel voor het opzetten van onderzoek, als participatie en steun aan onderzoek. Hiervoor moet men een *translationele* brug slaan tussen fundamentele kennis (vanuit de psychologie, neurowetenschappen, psychiatrie, verplegingswetenschap, pedagogiek) en praktijkgerichte toepassing daarvan. Het voorgestelde onderzoekprogramma kan die brug slaan.

3. Conclusie

Over tien jaar, zullen wij patiënten in de GGz eerder en effectiever kunnen behandelen, hun naasten beter kunnen ondersteunen en hiermee chroniciteit en recidieven voorkomen. Om dat te bereiken zetten we nu in op het onderzoeken van fundamentele onderliggende processen, de effectiviteit van innovatieve (vroege) interventies en behandelingen en het vertalen van bestaande kennis in effectieve producten die direct implementeerbaar zijn in de klinische praktijk. Voor dit programma is een begroting van 5 miljoen per jaar nodig. Voor onderzoek naar vroegdetectie en vroeginterventie is een langere looptijd essentieel, omdat het uitblijven van ziekte en chroniciteit door nieuwe interventies pas na vele jaren duidelijk wordt. Dit programma zal daarom een looptijd van minstens 10 jaar nodig hebben. Nieuw onderzoek starten en tegelijkertijd samen met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en andere programma's die door ZonMw geleid worden, werken aan de implementatie van datgene dat al ontwikkeld is en uit dit nieuwe onderzoek voortkomt, komt ten goede aan jonge mensen met een verhoogde kwetsbaarheid, de patiënt, diens naasten en de maatschappij.